

	大阪府提出用
	保健所提出用
	控

# 精神障害者入院届送付名簿 (医療保護入院)

平成 年 月 日  
( 病院)

番号	氏名	住所	性別	生年月日	入院年月日	同意者 (続柄)	年度別 一連番号
1			男女	. .	. .		
2			男女	. .	. .		
3			男女	. .	. .		
4			男女	. .	. .		
5			男女	. .	. .		
6			男女	. .	. .		
7			男女	. .	. .		
8			男女	. .	. .		
9			男女	. .	. .		
10			男女	. .	. .		
11			男女	. .	. .		
12			男女	. .	. .		
13			男女	. .	. .		
14			男女	. .	. .		
15			男女	. .	. .		

- 住所は府下〇〇市は〇〇市、大阪市・堺市は〇〇市△△区、府下〇〇郡△△町(村)は△△町(村)、他府県はその△府県名、不定は不定、と記入してください。
- 同意者の欄には、本人との続柄を記入してください。